

<https://helda.helsinki.fi>

---

Filosofia psykiatrian lääkkeenä? : The Oxford Handbook of  
Philosophy and Psychiatry. Toim. K. W. M. Fulford ym. Oxford  
University Press, Oxford 2013. 1 322 s.

Oulanne, Laura-Amalia

2014-12

---

Oulanne , L-A , Ovaska , A , A. F. , S , Telakivi , P , Telakivi , T , Vesterinen , T & Yli-Tepsa ,  
H 2014 , ' Filosofia psykiatrian lääkkeenä? The Oxford Handbook of Philosophy and  
Psychiatry. Toim. K. W. M. Fulford ym. Oxford University Press, Oxford 2013. 1 322 s. ' ,  
Niin & näin : filosofinen aikakauslehti , Vuosikerta. 2014 , Nro 4 , Sivut 57-61 .

---

<http://hdl.handle.net/10138/313800>

---

publishedVersion

---

*Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.*

*This is an electronic reprint of the original article.*

*This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.*

*Please cite the original version.*



OULANNE, OVASKA, SNEITZ, TELAKIVI, TELAKIVI,  
VESTERINEN & YLI-TEPSA

# Filosofia psykiatrian lääkkeenä?

*The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry.* Toim. K. W. M. Fulford ym.  
Oxford University Press, Oxford 2013. 1322 s.

**Vuosi sitten julkaistu psykiatrian filosofian tiiliskivi antaa 73 artikkelillaan ja kahdeksalla teemaosioillaan kattavan kuvan psyykkisistä häiriöistä käydystä filosofisesta keskustelusta. Kirjoittajia yhdistää kriittinen näkemys psykiatrian nykytilasta ja usko filosofian kykyyn näyttää, mihin alalla pystytään. Mielenterveydenhuollossa tarvitaan laajaa ymmärrystä tutkimuskohteen moninaisuudesta. Yksinkertaistavat sairauksien selitysmallit eivät ole toimineet: psykiatriaa ja sen luokittelujärjestelmiä täytyy uudistaa.**

**K**äsikirjan kirjoittajien joukossa on sekä filosofeja ja psykiatrian tutkijoita että hoitotyötä tekeviä psykiatreja. Erilaiset taustat ilmenevät myös erilaisissa lähestymistavoissa ja vaikuttimissa tutkia psykiatrian filosofiaa. Joissakin artikkeleissa tavoitteena on selvästi parantaa hoitokäytäntöjä, toisten päämäärät ovat puhtaasti tieteenfilosofisia. Myös sairauden kokeiden ääni kuuluu hetkittäin. Kirjoittajien moninaisuus rajoittuu kuitenkin pitkälti angloamerikkalaiseen kontekstiin, ja näkökulma on selvästi länsimainen.

## Psykiatrian käsitteet syynissä

Useimmat käsikirjan artikkelit ottavat kantaa psykiatrian käsitteiden ja tutkimuksen riippuvuuteen historiallisesti muuttuvista normeista ja arvoista. Kiista luonnollisista luokituksista ja arvosidonnaisuudesta on psykiatrian filosofian keskeisimpiä teemoja, eikä sen kliinistäkään merkitystä voi vähätellä.

Naturalistisen kannan mukaan arvot tai intressit eivät määrää, mitä mikin mielenterveyden häiriö pohjimiltaan on. Sen sijaan häiriö tulee ymmärtää esimerkiksi biologisten toimintojen poikkeamana. Elselijn Kingma huomauttaa (luvussa 25), että naturalismilla on näin ymmärrettynä kaksi puolta. Toisaalta sairauden ja siihen liittyvien käsitteiden taustalta voidaan osoittaa objektiivinen, biologinen perusta. Toisaalta nämä käsitteet eivät myöskään ole arvosidonnaisia. Kingman kannattama heikko naturalismi kuitenkin pysähtyy puolitiehen: mielen sairauden käsitteellistäminen on aina kytköksissä kulttuuriin ja historiallisiin arvoihin.

Esimerkeiksi tavoista ymmärtää häiriöitä Kingma poimii Thomas Szaszin tunnetun antipsykiatrisen kannan ja kaksi biologista käsiteperustaa etsivää natu-

ralistista teoriaa, biostatistisen ja evolutiivisen. Szaszin mukaan ei ole lainkaan mielekäästä puhua *mielen* sairaudesta. Tällainen puhe on harhaanjohtavasti metaforista: sairaus tai häiriö on aina fysiologinen, eikä mielisairauksia siten ole olemassa. Mielen sairauksina pidetyt ilmiöt ovat poikkeamia hyväksytyistä normeista ja arvoista. Niiden luokittelu sairaudeksi on vallankäyttöä, ei tiedettä.

Biostatistisen kannan (Christopher Boorse) mukaan taas sairaus on jonkin populaation yksilöille normaalien toimintojen tai kykyjen estymistä sisäisen tilan vaikutuksesta. Evolutiivinen kanta (Jerome Wakefield) puolestaan selittää terveyden ja sairauden viittaamalla siihen, millaisia toimintoja ja kykyjä organismissa tulisi olla evolutiivisen historian valossa. Sekä biostatistisen että evolutiivisen näkemyksen mukaan biologiset kriteerit selittävät, mitä on pidettävä häiriönä ja mitä terveenä ja normaalina, ja nämä käsitteet ovat sovellettavissa yhtä lailla mieleen kuin ruumiiseen.

Dominic Murphy (luku 57) ja Rachel Cooper (luku 56) valaisevat Kingmankin kannattamaa psykiatrian kahden tason mallia vertaamalla mielenterveyden häiriön käsitettä rikkaruohoon. Vaikka on intressi- ja arvorippuvaista, mitkä kasvit luetaan rikkaruohoiksi, kasvit ovat itsessään luonnollisia luokkia. Cooperin mukaan saman mielenterveyden häiriön ilmentymät ovat keskenään samanlaisia jollakin kausaalisesti relevantilla tavalla. Samanlaisuus voi olla yhtä lailla geneettistä kuin kehityshistoriaan liittyvää. Siksi erilaiset näkemykset luonnollisista luokista voivat sopia yhteen eri häiriöiden kanssa.

Murphy ja John Campbellin (luvut 55 ja 57) artikkelit täydentävät naturalistista näkemystä psykiatriasta tarkastelemalla kausaalista selittämistä. Kummatkin kannattavat interventionistista teoriaa, jonka mukaan syyn ja

seurauksen suhde voidaan paljastaa puuttumalla siihen. Campbell havainnollistaa asiaa esimerkillä. Kun tietty intiaaniheimo rikastui kasinoiden avulla, mielenterveyden häiriöt vähenivät. Puuttuminen köyhyyteen osoitti siis varattomuuden olevan osasy syy häiriöihin.

Arvokysymykset ja päämäärien problematisoinnit nousevat keskeisempään asemaan esimerkiksi K. W. M. Fulfordilla ja C. W. van Stadenilla (luku 26). Tieteenfilosofian valtavirrasta poiketen kirjoittajat nojaavat arkikielen filosofian traditioon. Heidän lähestymistavassaan mielenterveyden häiriöitä koskeva kielenkäyttö on tutkimusaineistoa filosofiselle analyysille, jonka tarkoituksena on valaista terveyden ja sairauden käsitteistöä kokonaisuudessaan. Systemaattisten määrittelyyritysten sijaan on tutkittava käsitteistön käyttöä ja kysyttävä erityisesti, mitä päämääriä sen avulla tavoitellaan.

Pidemmälle arvojen valtakuntaan vie John Z. Sadlerin artikkeli (luku 29), jossa käsitellään mielenterveyden häiriöiden suhdetta paheeseen (*vice*). Monet mielenterveyden häiriöt ovat Sadlerin mukaan määritelmällisesti ”pahesidonnaisia” (*vice-laden*). Esimerkiksi antisosiaalisen persoonallisuushäiriön määrittelyyn sisältyy välinpitämättömyys muiden oikeuksista. Moraalis-juridisen sisällön tunnistaminen paljastaa kuitenkin kysymyksen, miten erottaa psykiatrasta hoitoa tarvitsevat ”paheet” muista. Samassa yhteydessä nousevat esiin tärkeät oikeusfilosofiset kysymykset syntyäkeettomuudesta.

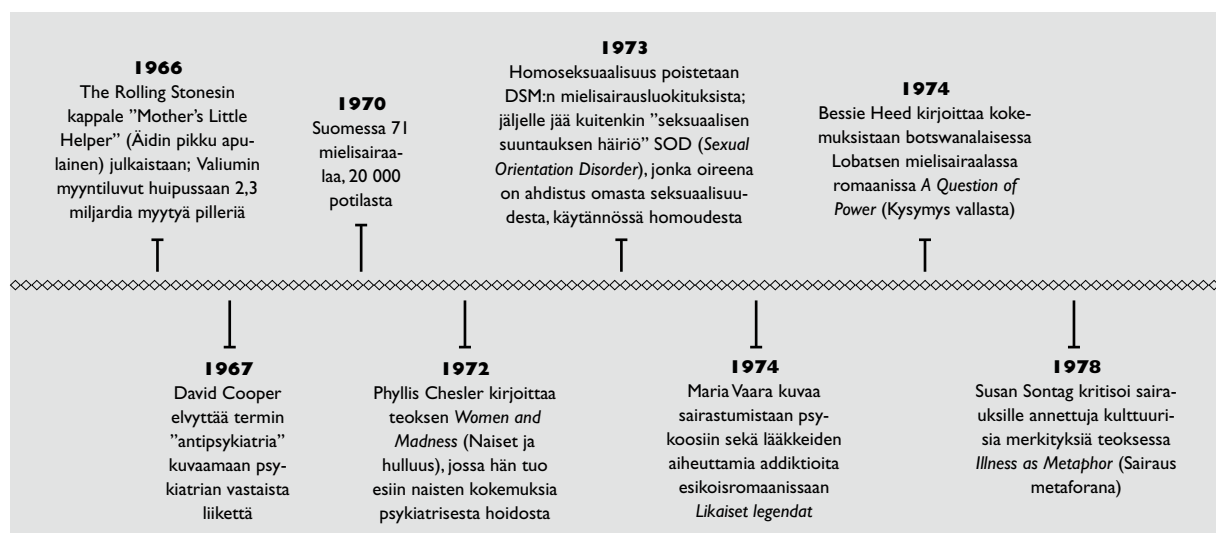
Koska psykiatria asettuu ihmis- ja luonnontieteiden välimaastoon, se tarjoaa tieteenfilosofian uusille tuulille sopivan koetinkiven. Kuitenkin vain suhteellisen pieni osa käsikirjasta on omistettu selittämiseksi ja ymmärtämiselle. Tämä kuvastaa psykiatrian tilaa tieteenä: psyykkisten häiriöiden tutkimus on yhä lapsenkengissään. Kuten Nick Haslan toteaa (luvussa 58), normaalin käytöksen ja mielen häiriön raja saattaa olla liukuva, eikä etenkään häiriöiden kategorisointiin nojaava selittäminen ole tutkimuksen kannalta hedelmällistä.

## DSM:n ongelmat

Erityisen kriittisesti käsikirja suhtautuu Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen APA:n diagnostiseen manuaaliin DSM:ään (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Sen ensimmäinen painos ilmestyi vuonna 1952, kolme vuotta sen jälkeen, kun Maailman terveysjärjestö WHO oli julkaissut oman manuaalinsa ICD:n (*International Statistical Classification of Diseases*) kuudennessa painoksessa ensimmäistä kertaa myös osuuden, joka käsitteli mielenterveyden häiriöitä. DSM:ää käytettiin alun perin väestönlaskennallisiin tarkoituksiin sekä Yhdysvaltain armeijan sotilaiden valintaan, arviointiin ja hoitoon. Manuaali on pääasiassa keskittynyt mielen häiriöiden oireiden tunnistamiseen ja luokiteluun, eikä se varsinaisesti ota kantaa häiriöiden syihin. *Handbookin* kantava teema on, että DSM on riittämättömästi perusteltu, sen poliittinen oikeutus on hataraa ja sen tarkoituksena on lähinnä turvata yksittäisen ammattikunnan etuja.

Jeffrey Poland ja Barbara von Eckardt (luku 44) kiinnittävät erityistä huomiota DSM:n taustalla olevan tieteen pätevytyteen (tai oikeammin sen puutteeseen). Manuaali on suunniteltu ensisijaisesti diagnostista luotettavuutta ja kliinistä työtä ajatellen. Taustoittava tieteellinen tutkimus on siten jäänyt toissijaiseen asemaan. Poland ja von Eckardt ilmaisevat asian terävästi: DSM-tutkimus on tuottanut tuloksia, jotka ovat negatiivisia, epä johdonmukaisia, heikkoja ja ei-spesifejä, ne eivät ole toistettavissa, ja niitä on mahdotonta tulkita (739). Toinen ongelma tuntuu olevan, että manuaali ei huomioi normaalin inhimillisen toiminnan vaihtelua. Toisin sanoen monet tavallisen elämän piiriin kuuluvat asiat voidaan DSM:n perusteella leimata mielenterveyden häiriöiksi tai sairaudeksi.

Manuaalia julkaisevaa APA:a on myös syytetty liiallisesta medikalisaatiosta: psyykkisistä ongelmista tehdään lääketieteellisiä ongelmia (esim. Sadler luku 45). Tällöin esimerkiksi ei-lääketieteelliset terapiat sivuutetaan käytännössä kokonaan. Koska mielenterveyden häiriöt mää-



ritellään oireiden perusteella, häiriöitä luokittelevia kategorioita luodaan yli tarpeiden. Samassa yhteydessä on myös huomautettu, että lääketeollisuudella on liian suuri poliittinen vaikutusvalta DSM:n kehitystyöhön.

Kaiken tämän lisäksi DSM sivuuttaa kehityksellisen näkökulman mielenterveyden häiriöihin: ne nähdään yksilöllisinä ja sisäsyntyisinä. Vaikka psykologia yrittää ymmärtää ihmistä olennaisesti sosiaalisena olentona, DSM määrittää mielenterveyden häiriöt sairauksiksi, jotka kumpuavat yksin ihmisestä itsestään. Tämä on ongelmallinen näkökulma moniin häiriöihin: esimerkiksi anoreksiassa sosiaalisen ympäristön vaikutus häiriön syntyyn on kiistaton. Jotkin diagnostiset kategoriat ovat myös puutteellisesti määriteltäviä, kuten käy ilmi esimerkiksi dementiaa ja Alzheimerin tautia käsittelevästä luvusta 49. Julian C. Hughesin mukaan dementia on käsitteenä aivan liian laaja ja häilyväinen toimiakseen varsinaisena diagnostisena kategoriana.

*Handbookin* olisi toivonut käsittelevän hieman johdonmukaisemmin psykiatrian suhdetta kulttuurien välisiin eroihin ja sukupuoleen. Esimerkiksi skitsofrenia on sairaus, jolla on yhdessä tilanteessa diagnosoitu keskiluokkaisia aviovaimoja, toisessa taas tummaihoisia miehiä. Se myös kytkeytyy ahdistaviin yhteiskunnallisiin rakenteisiin. Psykiatria tarvitsee avaimia yhtäältä korjatakseen diagnostiikan vinoumia ja toisaalta hahmottaakseen sairauksien sosiaalisia ja biologisia syitä erilaisten ihmisten keskuudessa. Tämä näkökulma olisi tärkeä, sillä myös DSM:ää on syytetty myös etnosentrismistä: DSM:n psykiatria on valkoihoisen amerikkalaisen miehen psykiatriaa.

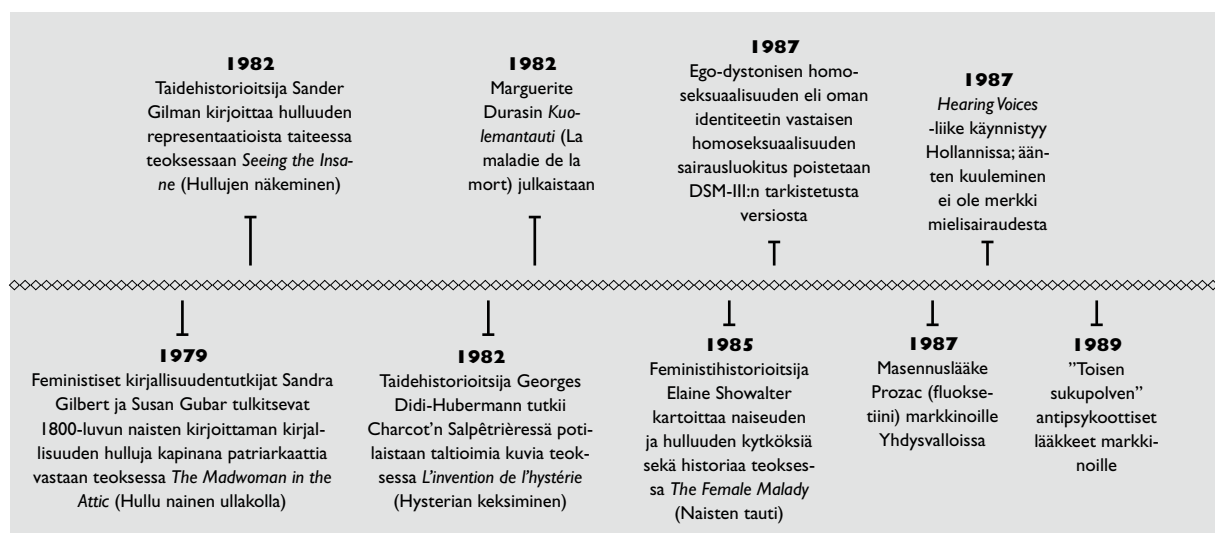
## Miten kuvata sairauden kokemusta?

Mielenterveyden häiriöiden tieteellisen selittämisen ja luokittelun lisäksi kirja käsittelee niiden kuvaamista. Moni deskriptiivista psykopatologiaa tutkiva kirjoittaja liittää tarkastelunsa fenomenologisen filosofian perinteeseen. Tämän suunnan psykologia kuvaa mielen häi-

riöiden kokemuksellista ulottuvuutta systemaattisesti, kokemuksen omasta jäsentymisen tavasta lähtien. Toisin sanoen erittely ei riipu siitä, onko kuvaus yhteensopiva sen oletetun (sosiaalisen, psyykkisen, biologisen tai fyysikaalisen) taustamekanismin kanssa.

Fenomenologisen jäsentämisen ja sairauden selittämisen yhteensopivuutta on perusteltu ainakin kahdella tavalla. Ensinnäkin voidaan ajatella, että ihmistieteissä ja biologiassa erilaiset mekaaniset selitysmallit hyötyvät selityksen kohteen hienosyisemmästä erittelystä. Gerrit Glas mainitsee artikkelissaan (luku 35) kuitenkin myös toisen vaihtoehdon: niin sanotun *autopoiesis*-teorian kehittäjät hakevat suoraa vastaavuutta deskriptiivisen fenomenologian, neurotieteen ja dynaamisen systeemiteorian välille. Tässä neurofenomenologisessa kokemuksen selityksessä ei oleteta subjektiivisesta kokemuksesta erillisiä objektiivisia mekanismeja vaan yksi kokonaisuus, jonka aspekteja kokemus ja biologinen organismi ovat.

Hienojakoiset itsetietoisuuden, toimijuuden, omistajuuden ja ykseyden erottelut auttavat jäsentämään psykopatologisia kokemuksia. Deskriptiivisen psykopatologian perustajahahmo Karl Jaspers on väittänyt, ettei esimerkiksi skitsofreenisia tiloja voi eikä pidäkään rationalisoida. Louis A. Sass (luku 39) kyseenalaistaa tämän näkökulman ja kysyy puolestaan, miksi pitäisi vetää *a priori* rajalinja ymmärtämisen ja ymmärtämättömyyden välille. Johannes Roessler (luku 40) on Sassin linjoilla: skitsofreenikon kokemuksellinen tila jäsentyy, kun huomioidaan henkilön aikaisemmat kokemukset. Vaikkapa ajatusten syöttäminen (*thought insertion*) on esimerkki skitsofrenian oireesta, joka vaikuttaa loogisesti ristiriitaiselta. Kuinka joku voi siirtää tai syöttää kokijalle ajatuksia samalla, kun hän itse ajattelee? Jos käteni nousee yhtäkkiä ilmaan, koen *oman* käteni mutta en *toimijuutta*. Ajatusten syöttäminen sen sijaan vastaa kokemusta, että koen itseni nostamassa kättäni, ja samalla joku muu aiheuttaa tämän. Roessler vertaa patologista kokemusta ”normaaliin”: muusikko loukkaa kätensä ja huomaa ensimmäiseksi tuntevansa helpotusta siitä, ettei voi enää



jatkuu sivulla 60

soittaa. Vieras ajatus selittyy piilevällä, aiemmalla toiveella. Samaan tapaan myös tunne itselle syötetyistä ajatuksista saa merkityksensä yksilön kokemuksista ennen psykoositilaa.

Mielen sairauden kokemusten kuvausta käsittelevissä artikkeleissa jää hyvin vähäiselle huomiolle interpersoonallisten, sosiaalisten tai kulttuuristen tekijöiden merkitys, mikä vahvistaa hieman harhaanjohtavaa kuvaa fenomenologiasta yksilön kokemukseen rajoittuvana hankkeena. Poikkeuksen muodostaa Katherine J. Morrisin (luku 37) analyysi ruumiinkuvan häiriöistä (muun muassa anoreksiasta). Morris tuo fenomenologisen tulokinnan rinnalle feministisen kulttuurikritiikin ja tarkastelee sairastumisen sosiokulttuurisia syitä. Yksilöiden väliset ja kulttuuriset suhteet vaikuttavat sairauksien syntyyn ja merkityksellistämiseen, mutta myös hoitotilanteisiin.

## Kuinka mieli mieltää toisen mielen?

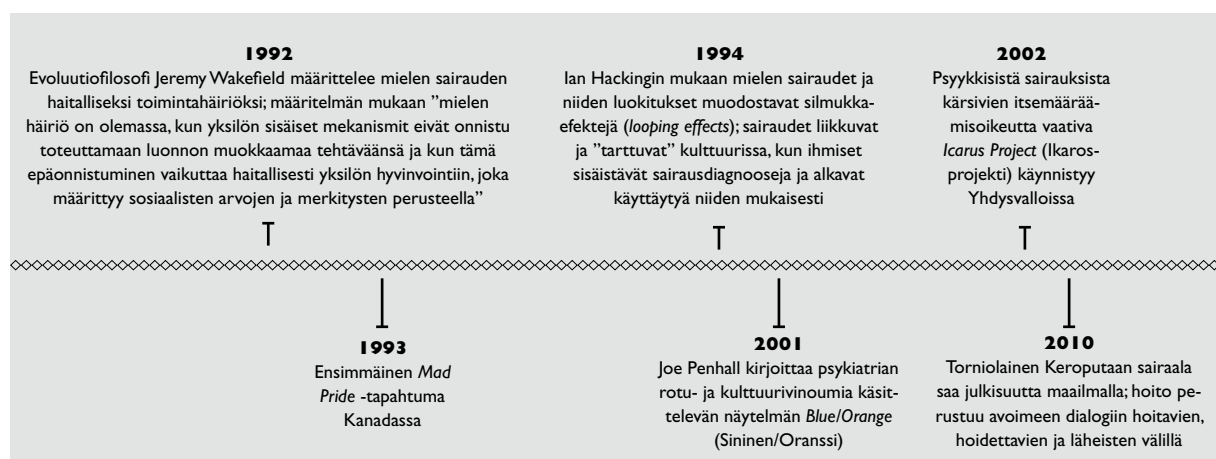
Mielen häiriöiden fenomenologiassa filosofi analysoi ja tulkitsee patologisia tiloja läpikäyneiden henkilöiden kuvauksia heidän omista kokemuksistaan. Potilaan kertomusten tulkitseminen on myös olennainen osa psykiatriin ja potilaan suhdetta. Filosofaa ja psykiatriaa yhdistääkin kysymys muista mielistä. Useat kirjoittajat käsittelevät kysymystä, millä tavalla mielen ammattilaisen (tiedostetut tai tiedostamattomat) käsitykset mielestä vaikuttavat hoitotilanteeseen. Giovanni Stanghellini (luku 23) tarkastelee psykiatrian keskeistä metodologiaa ja työvälinettä, haastattelua. Yksinkertaiselta kuulostavan menetelmän taustalla on monia filosofisia ongelmia, kuten kysymys potilaan subjektiiviseen näkökulmaan pääsemisestä. Kuten Thor Grünbaum ja Dan Zahavi toteavat (luvussa 17), kokemuksen luonteeseen kuuluu, että se on aina kokemista itselle, *minulle* (*for-me-ness*). Kokemuksen omistajuus voi tosin järkkäytyä esimerkiksi skitsofreniaa sairastavan kokemuksessa hänelle syötetyistä ajatuksista.

Psykiatrian taustaoletuksena on usein niin sanottu 'mielen teoria' (*theory of mind*). Siinä muiden mielen

olemassaolo selviää joko päättelystä muiden käyttäytymisestä (*teoria-teoria*) tai kuvittelemalla itsemme toisen tilanteeseen (simulaatioteoria). Toisten ihmisten mentaalisten tilojen ei siis havaita suoraan, vaan muiden mielen ymmärtäminen vaatii mielenlukemisen tai kansanpsykologian taitoja. Tällaisessa viitekehyksessä mielenterveyden häiriöissä (kuten skitsofreniassa ja autismissa) 'mielen teoria' on siis puutteellinen, ja henkilö ei kykene lukemaan mentaalisia tiloja.

Daniel D. Hutto ja Shaun Gallagher kritisoivat (luvuissa 18 ja 19) tällaista kognitivistista näkökulmaa ensisijaisena tapana ymmärtää muita mieliä tai määrittää mielen sairautta. Hutto ehdottaa ensinnäkin neutraalimpaa kielenkäyttöä intellektualistiselta kalskaltavan mielenlukemisen tilalle: hänen mukaansa tulisi puhua pelkästä mielen mieltämisestä (*mind minding*). Mielen mieltäminen ei edellytä käsitteellistä päättelyä, ja se on siksi osuvampi selitys subjektien väliselle kanssakäymiselle. Hutton mukaan kognitivistinen 'mielen teoria' ei ole kattava selitys, sillä esimerkiksi pienet lapset ja monet eläimet reagoivat muiden mentaaliin tiloihin "oikein" (esimerkiksi vihaan pelolla), vaikka eivät teekään minkäänlaisia käsitteellisiä oletuksia muiden mentaalisista tiloista. Samoin olisi virheellistä olettaa, että esimerkiksi autistien heikentyneet vuorovaikutuskyvyt tarkoittaisivat kokonaisvaltaista mielensokeutta.

Gallagher taas paikkaa 'mielen teoriaa' fenomenologiasta ammentavalla vuorovaikutusteorialla, joka perustuu ruumiilliseen, sensorimotoriseen kanssakäymiseen. Gallagherin mukaan subjektien välisessä vuorovaikutuksessa muiden tunteet, toimet ja intentiot ymmärretään liikkeiden, eleiden, ilmeiden ja sosiaalisen kontekstin avulla – ilman minkäänlaista päättelyä tai simulaatiota siitä, mitä toisen päässä tapahtuu. Esimerkiksi autistien heikentyneet sensorimotoriset taidot voivat selittää puutteita heidän sosiaalisessa kanssakäymisessään. Vuorovaikutus ihmisten välillä vaikeutuu siis ruumiillisten seikkojen takia, ei mielellisten. Mielen päättely ja simulaatio toimivat pikemminkin vain varavaihtoehtona, johon turvau-





dutaan silloin, kun ensisijainen mielen mieltäminen ei syystä tai toisesta toimi. Intersubjektiiisuuden ymmärtäminen on välttämätön edellytys myös häiriintyneen intersubjektiiisuuden ymmärtämiselle – filosofien ohje kuuluu, että parempia hoitotuloksia saadakseen psykiatrien tulisi perehtyä mielen fenomenologiaan.

## Hoito ja paraneminen

Hoitotilanteessa toisen mielen kohtaamiseen sisältyy eettisiä kysymyksiä, joita kirjassa käsitellään laajalti. Nämä tiivistyvät rajankäyntiin jatkuvasti kehittyvän neuro- ja lääketieteellisen lähestymistavan, sairauksien sosiokulttuurisesti vakiintuneiden määritelmien ja käytännön psykiatrian välillä. Eettiset pohdinnat johtavat sekä kliinisiin suosituksiin että psykiatrian kritiikkiin.

Vahvasti anti- tai postpsykiatrisen kannan ottavat esimerkiksi Pat Bracken ja Philip Thomas (luvussa 11). He kritisoivat psykiatrian teknologista ja autoritaarista suhdetta ihmiseen ja peräänkuuluttavat ”palvelujen käyttäjien” (*service users*) itsemääräämisoikeuden lisäämistä. Modernin lääketieteen mekanistinen näkemys mielenterveyden häiriöistä hoidettavina sairauksina muiden joukossa voi vähentää niiden stigmaa. Toisaalta se ei ota huomioon sosiaalisen ympäristön vaikutuksia tai ihmisen omaa paranemiskykyä. Kirjoittajat tulevat kuitenkin niputtaneeksi koko ”nykyisen psykiatrian” samaksi teknologian läpäisemäksi asenteeksi, jolloin monet terapioiden väliset eroavaisuudet jäävät huomiotta, puhumattakaan kulttuurieroista. Ylipäätään kirja luo hieman yksipuolisen, lähinnä neurotieteisiin, DSM-diagnostiikkaan ja kognitiivisiin terapioihin painottuvan kuvan nykyisistä hoitomuodoista ja niiden ongelmista. Esimerkiksi psykodynaamiset terapiat psykoanalyttisine taustateorioineen jäävät melko vähälle huomiolle.

Kritiikkiä kohdistetaan kirjassa tarkemmin myös mielenterveyden häiriöiden lääkitsemisen eettisiin epäselvyyksiin sekä kognitiivisen terapian oletuksiin kokemuksen ja tunteiden tiedollisesta hallittavuudesta.

Lääkehoidoissa huomattava ongelma on ’normaalin’ tai ’terveen’ epäselvä määrittely. Lääkkeitä voidaan käyttää yhtä lailla sairauden hoitoon kuin suorituskyvyn parantamiseen, mikä taas vaatii ihmisyyden normien uudelleen-tarkastelua.

David A. Jopling (luku 70) purkaa ansiokkaasti luvmevaikutusten myyttejä. Psykoterapiat (sekä lääkkeet että ”puheläläkkeeseen” perustuvat terapiat) ja luvme-hoidot muistuttavat yllättävän paljon toisiaan. Niiden vaikutusmekanismeja ei täysin tunneta eikä tuloksiakaan voida täsmällisesti ennustaa, mutta silti ne usein toimivat. Tästä seuraa ongelmia psykofarmakologisten lääkkeiden plasebokontrolloidun testauksen uskottavuudelle. Jopling päätyy näkemykseen, joka yhdistää monia kliiniseen etiikkaan keskittyviä artikkeleita: lääketieteellisesti todistetusta pätevyydestä riippumatta hyvin monenlaiset hoitomuodot voivat olla tehokkaita, mikäli ne tarjoavat potilaalle kokemuksen merkityksellisyydestä, arvokkuudesta ja kuulluksi tulemisesta sekä toivoa paremmasta.

Kuten Larry Davidson (luku 15) toteaa 1900-luvun tunnuskuvallisesta, yleensä parantumattomana pidetystä mielen sairaudesta eli skitsofreniasta:

”Sillä aikaa, kun me jatkamme sairauden syiden ja parannuskeinojen etsimistä, monet ihmiset toipuvat skitsofreniasta ilman meitä – tai jopa meistä huolimatta.” (210)

Psykiatria on yhtä aikaa tiedettä ja terapiaa. Tämä on omiaan aiheuttamaan sekä käsitteellistä epätarkkuutta että ongelmia inhimillisen moninaisuuden tunnustamisessa. Käsikirja tarjoaa filosofisia näkökulmia lääkkeeksi näihin vaikeisiin ja hahmottelee lavealla pensselillä tieteellisesti ja eettisesti kestävää psykiatriaa. Lopputulos on osin kirjava, ja hajaesimerkkejä keskeisistä kannoista sekä teorioista joutuu välillä etsimään yksittäisten ja paikoin poleemisten kirjoitusten riveiltä. Käsikirjan artikkelit onnistuvat kuitenkin luomaan toisiaan täydentävän kokonaisuuden psykiatrian filosofian tärkeimmistä kysymyksistä ja valottamaan sivussa myös mielen sairauden historiallisia ja yhteiskunnallisia merkityksiä.

### 2010

Jonathan Metzl tutkii teoksessaan *Protest Psychosis. How Schizophrenia Became a Black Disease* (Protestipsykoosi. Miten skitsofreniasta tuli mustien sairaus) 1960-luvun kansalaisoikeustaisteilijoiden luokittelua ja leimaamista skitsofreenikoiksi Yhdysvalloissa



### 2013

DSM-5 julkaistaan; epäillään että laitos jää manuaalin viimeiseksi – tai tulevat versiot keskittyvät entistä enemmän sairauksien neurologisiin ja biokemiallisiin syihin; niin sanottu postpsykiatria puolestaan kääntää katseen kohti ”mielenterveyshoidon asiakkaiden” kokemuksia

### Kirjallisuutta

Appignanesi, Lisa, *Sad, Mad and Bad. Women and Mind Doctors from 1800 to 2000*. Virago, London 2008.

Lapinlahden sairaalan historia 1841–1991.

Toim. Kalle Achté. *Recallmed*, Nurmijärvi 1991.

Pietikäinen, Petteri, *Hulluuden historia*.

Gaudeamus, Helsinki 2013.

Porter, Roy, *Madness. A Brief History*. Oxford University Press, Oxford 2002.

Shorter, Edward, *Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford University Press, New York 2005.